ANGKA KEMATIAN BAYI DAN PERSOALAN KESEHATAN IBU HAMIL DALAM BUDAYA MADURA

Diajukan sebagai makalah dalam diskusi terbatas Antropologi Ragawi, Program Pascasarjana Ilmu-Ilmu Sosial Universitas Airlangga

Khaerul Umam Noer

Surabaya - 2008

Abstrak

Madura, salah satu etnis di Indonesia yang cukup banyak diteliti dan dibicarakan. Sebagai salah satu etnis di Indonesia, Madura dikenal sebagai masyarakat yang patriarkal, di mana perempuan tidak memiliki posisi yang signifikan, hal ini dapat dilihat dengan lemahnya posisi tawar perempuan Madura terhadap laki-laki. Lemahnya posisi tawar perempuan rupanya membawa konsekuensi yang jauh lebih besar, yaitu perempuan tidak memiliki akses terhadap kesehatan, bahkan ketika mereka sedang mengandung. Tentu saja tidak adanya akses terhadap kesehatan membawa implikasi yang lebih besar, yaitu bahaya yang dapat menimpa ibu hamil, mulai dari kekurangan asupan gizi, bahaya sewaktu hamil, ketika melahirkan bahkan pascamelahirkan. Tentu saja ketiadaan akses terhadap kesehatan dapat menyebabkan kematian, bukan hanya terhadap ibu namun juga anak yang akan dilahirkannya. Persoalannya menjadi lebih pelik ketika memperhatikan kurangnya sarana kesehatan yang disediakan oleh pemerintah dan swasta, bagaimana sarana yang disediakan tidak mampu mengurangi angka kematian bayi secara signifikan dan membantu meningkatkan kualitas kesehatan pada ibu hamil, di mana kedua hal ini sangat dipengaruhi oleh kultur Madura yang menjadikan laki-laki memiliki kekuasaan atas perempuan, baik atas tubuhnya maupun atas kesehatannya.

Kata kunci: Angka Kematian Bayi, Kesehatan Ibu Hamil, Kultur Madura

Pendahuluan

Makalah ini diawali dengan kekhawatiran personal penulis terhadap tingginya angka kematian bayi dan rendahnya angka harapan hidup bayi. Persoalan ini penulis pandang serius mengingat angka kematian bayi merupakan gambaran mengenai kesehatan dan kesejahteraan rakyat Indonesia. Madura diambil sebagai lokasi penelitian dikarenakan beberapa faktor, yaitu: (1) Madura dengan empat kabupaten merupakan wilayah dengan jumlah penduduk yang sangat besar dibandingkan dengan wilayah lain di Jawa Timur, dan (2) angka kematian bayi di Madura sangat tinggi dibandingkan dengan wilayah lain di Jawa Timur.

Madura terletak di timur laut pulau Jawa, kurang lebih 7º sebelah selatan dari khatulistiwa di antara 112º dan 114º Bujur Timur. Pulau tersebut

dipisahkan dari Jawa oleh Selat Madura, yang menghubungkan laut Jawa dengan Laut Bali. Luas keseluruhan wilayah tidak kurang dari 5.304 km². Panjang Pulau Madura kurang lebih 190 km dan jarak yang terlebar pulau sebesar 40 km. Madura memiliki empat kabupaten, yaitu: Bangkalan, Sampang, Pamekasan, dan Sumenep. Adapun rincian luas keempat kabupaten: Bangkalan 1.260 km², Sampang 1.233 km², Pamekasan 792 km², dan Sumenep 1.989 km². Pantai utara merupakan suatu garis panjang yang hampir lurus. Pantai selatan dibagian timur memiliki dua teluk besar, terlindung oleh pulau-pulau, gundukan-gundukan pasir, dan batu-batu karang. Di sebelah timur terletak Kepulauan Sapudi dan Kangean yang termasuk administrasi Madura. Pulau-pulau terpenting adalah Sapudi, Raas, Gua-Gua, Kangean, Sapekan, dan Sapanjang, juga gugusan pulau kecil Masalembu, Masakambing, dan Keramian yang terletak antara Madura dan Kalimantan.

Madura memiliki gugusan bukit-bukit kapur yang lebih rendah, lebih kasar, dan lebih bulat dibandingkan bukit kapur di Jawa. Puncak tertinggi dibagian timur Madura adalah Gunung Gadu 341 m, Gunung Merangan 398 m, dan Gunung Tembuku 471 m. Iklim di Madura bercirikan dua musim, musim barat atau musim hujan, dan musim timur atau musim kemarau. Curah hujan setiap bulan tidak lebih dari 200-300 mm, dengan komposisi tanah dan rendahnya curah hujan membuat tanah di Madura menjadi kurang subur dan kurang menguntungkan secara ekonomi, hal inilah yang membuat banyak orang Madura beralih pekerjaan menjadi nelayan, pedagang, atau bermigrasi. Hal tersebut tidak berarti sektor pertanian berhenti total, hanya saja tidak banyak dari orang Madura yang menggantungkan hidup dari sektor tesebut (de Jonge, 1989:3-9).

Angka Kematian Bayi yang Fluktuatif

Jawa Timur adalah salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki tingkat kematian bayi yang cukup tinggi. Dari 29 Kabupaten dan 9 Kota di Jawa Timur, menurut data BPS Provinsi Jawa Timur tahun 2006, terdapat sembilan wilayah yang memiliki angka kematian bayi di atas 50% dari total kelahiran, yaitu: Sampang (70.26), Kabupaten Probolinggo (69.79), Bangkalan (61.72), Situbondo (62.39), Bondowoso (62.21), Jember (61.72), Kabupaten Pasuruan (60.17), Pamekasan (59.73), Sumenep (54.59). Dari gambaran kasar mengenai data tersebut, dapat dilihat bahwa empat kabupaten di Madura seluruhnya masuk dalam daerah yang memiliki angka kematian bayi yang sangat besar. Angka kematian bayi di Madura dapat dikatakan sangat fluktuatif, seperti yang dapat dilihat dalam Tabel 1 di bawah ini:

Tabel 1. Angka Kematian Bayi di Madura Tahun 2003-2006

Kabupaten	Angka kematian bayi		
	2004	2005	2006
Bangkalan	62,80	61,72	61,72
Sampang	80,00	71,66	70,26
Pamekasan	57,85	60,84	59,73
Sumenep	66,53	55,59	54,54

Sumber: BPS Jawa Timur (2007a)

Data di atas menunjukkan fluktuasi angka kematian bayi di empat kabupaten di Madura. Dapat dilihat bahwa Sampang pada tahun 2003 adalah kabupaten yang memiliki angka kematian bayi paling tinggi, meskipun angka tersebut dapat ditekan hingga pada tahun 2006 jumlah menurun. Hal yang sama juga terjadi di Sumenep dan Bangkalan, hanya Sampang dan Sumenep yang berhasil menekan angka kematian bayi secara signifikan, berbeda dengan Bangkalan dan Pamekasan. Pamekasan justru mengalami kenaikan angka kematian bayi pada tahun 2005 meskipun angka tersebut kembali turun pada tahun 2006.

Jika angka kematian bayi memberikan gambaran yang mengkhawatirkan, setidaknya hal ini tidak terlihat pada angka harapan hidup bayi, di mana trend yang terjadi adalah peningkatan harapan hidup bayi. Pada tahun 2006, seluruh kabupaten di Madura memiliki angka harapan hidup bayi yang cukup baik, sebagaimana yang terlihat dalam Tabel 2. di bawah ini.

Tabel 2. Angka Harapan Hidup Bayi Tahun 2004-2006

Kabupaten	Angka harapan hidup		
	2004	2005	2006
Bangkalan	62,40	62,00	62,20
Sampang	58,55	59,80	60,10
Pamekasan	64,45	62,20	62,45
Sumenep	62,20	63,40	63,65

Sumber: BPS Jawa Timur (2007a)

Dapat dilihat bahwa trend yang terjadi mengenai meningkatnya angka harapan hidup bayi dapat dikatakan sangat menggembirakan, meskipun peningkatannya tidak terlalu signifikan, terutama dengan tidak adanya kabupaten di Madura yang mencapai angka 80.00, di Jawa Timur sendiri, Kota Mojokerto yang mencapai angka harapan hidup paling tinggi hanya mencapai angka 70.70 dan disusul oleh Kota Blitar dengan angka harapan hidup sebesar 70.65, hal ini tentu saja menjadi perhatian banyak pihak. Persoalannya adalah, apa yang menyebabkan tingginya angka kematian bayi di Madura, apakah hanya faktor pelayanan kesehatan dan kesehatan ibu ketika hamil atau kah terdapat faktor-faktor lain yang menyebabkan hal ini terjadi, dan persoalan ini lah yang menjadi fokus dalam makalah ini.

AKB, AKI dan Persoalan Layanan Kesehatan di Indonesia

Persoalan lain yang melingkupi jika berbicara mengenai angka kematian bayi (AKB) adalah angka kematian ibu (AKI). Sangat disayangkan, baik BPS maupun Dinas Kesehatan Jawa Timur tidak merilis data mengenai

AKI dengan berbagai alasan. Di tingkat nasional, angka kematian ibu di Indonesia mencapai posisi pertama di ASEAN, yakni sebesar 307 per 100.000 kelahiran pada tahun 2007. Padahal pemerintah pusat telah menargetkan penurunan AKI sebesar 125/100.000 kelahiran pada tahun 2010, sementara target MDG's menurunkan AKI hingga ¾ dari tahun 2000 (lihat Rachman 2007).

Persoalan mengenai tingginya angka kematian bayi dan angka kematian ibu dikatakan memiliki kaitan dengan kesehatan, baik itu layanan kesehatan hingga kesehatan individual seorang perempuan yang sedang hamil, tapi benarkah masalah layanan kesehatan menjadi momok bagi tingginya AKB dan AKI di Indonesia, atau lebih khususnya di Madura?

Secara sangat gamblang dan jelas pemerintah RI melalui Departemen Kesehatan telah menerbitkan suatu keputusan yang penting mengenai standar pelayanan kesehatan, yakni dengan terbitnya Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, di mana hal ini meliputi pula pelayanan kesehatan ibu dan anak. Dalam SK tersebut juga ditetapkan bahwa setiap Kabupaten/Kota diwajibkan memiliki empat buah puskesmas yang dilengkapi dengan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Kompresensif (PONEK) bagi rumah sakit rujukan (Rachman, 2007:44-45).

Meskipun pemerintah pusat telah secara tegas mewajibkan adanya standar pelayanan kesehatan, namun hal ini tidak akan berjalan tanpa adanya fasilitas kesehatan yang baik, setidaknya secara kuantitas. Di Madura sendiri, pada tahun 2003, terdapat empat Rumah Sakit Umum, 91 Puskesmas, 236 Puskesmas Pembantu, 93 Puskesmas Keliling, 3.854 Posyandu dan 581 Pondok Bersalin, namun hal ini rupanya tidak membantu

bagi terselenggaranya pelayanan kesehatan yang baik, tentu saja hal ini terlihat dengan tingginya angka kematian bayi di Madura. Menurut data yang dirilis oleh BPS, tidak terdapat penambahan signifikan terhadap jumlah fasilitas kesehatan yang ada di Madura, bahkan dalam beberapa fasilitas pelayanan kesehatan terdapat penurunan jumlah yang cukup signifikan (lihat Tabel 3. dan Tabel 4.).

Tabel 3. Banyaknya Rumah Sakit Umum, Puskesmas dan Puskesmas Pembantu 2002-2003

Kabupaten	Rumah Sakit Umum		Puskesmas		Puskesmas Pembantu	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Bangkalan	1	1	22	22	69	69
Sampang	1	1	20	20	51	51
Pamekasan	1	1	20	20	39	47
Sumenep	1	1	29	29	68	69

Sumber: BPS Jawa Timur (2007b)

Tabel 4. Banyaknya Puskesmas Keliling, Posyandu dan Pondok Bersalin 2002-2003

Kabupaten	Puskemsmas keliling		Posyandu		Pondok bersalin	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Bangkalan	24	24	1.035	1.003	171	145
Sampang	20	20	839	839	102	134
Pamekasan	16	23	776	742	134	134
Sumenep	26	26	1.236	1.236	214	168

Sumber: BPS Jawa Timur (2007c)

Persoalannya setidaknya menjadi lebih jelas, bahwa terdapat kesenjangan antara jumlah penduduk dengan jumlah sarana kesehatan yang tersedia. Meskipun demikian, kesenjangan ini dapat diatasi dengan menambah jumlah sarana kesehatan. Sarana kesehatan yang tersedia memang tidak mencukupi untuk melayani kebutuhan semua masyarakat,

bahkan jika dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur yang ada di masing-masing kabupaten. Di Kabupaten Sumenep misalnya, hanya terdapat 198 sarana kesehatan yang dapat melayani kelahiran (RSU, Puskesmas dan Pondok Bersalin), sedangkan di kabupaten tersebut terdapat pasangan usia subur yang mencapai 230.821 (Pemprov Jatim-BKKBN 2005), jika setiap pasangan melahirkan seorang anak dalam satu tahun yang sama, artinya terdapat 633 kelahiran setiap harinya, suatu jumlah yang sangat besar, dan hal ini hanya membutuhkan jumlah sarana kesehatan yang besar pula.

Namun persoalannya tidak lah semudah itu, penambahan jumlah sarana kesehatan yang diperkirakan dapat membantu menekan angka kematian bayi nampaknya tidak terlalu berhasil menekan angka kematian tersebut. Persoalan lain yang harus dipertimbangkan adalah kultur *oreng* Madura. Seringkali para ibu di Madura secara sengaja, dengan berbagai alasan, tidak datang ke rumah sakit atau pun pondok bersalin untuk melahirkan, melainkan mereka lebih memilih untuk datang ke bidan atau pun dukun bayi. Secara umum, bidan dan dukun bayi tidak pernah dihitung sebagai tenaga pembantu kelahiran, sehingga tidak terdapat data berapa banyak jumlah bidan yang ada di setiap kabupaten, demikian pula dengan dukun bayi.

Persoalan layanan kesehatan memang titik penting dalam membahas mengenai angka kematian bayi dan angka kematian ibu, mengingat layanan kesehatan menjadi hak bagi setiap warga negara, maka penyediaan layanan kesehatan menjadi prioritas utama pemerintah. Persoalannya, layanan kesehatan yang tersedia dalam berbagai varian tidak tersebar secara merata. Para tenaga medis tidak tersebar sehingga banyak masyarakat yang memilih tenaga non-medis untuk membantu persalinan mereka.

Mempercayakan Kelahiran, Kepada Siapa?

Pada umumnya, perempuan Madura tidak memiliki banyak pilihan pada siapa mereka akan meminta pertolongan ketika akan melahirkan. Persoalannya menjadi lebih mudah jika mereka datang ke RSU, Puskesmas atau pun ke pondok bersalin (demikian pula jika ke bidan yang terlatih). Pemerintah telah mencanangkan suatu program yang dikenal dengan MPS atau *Making Pregnancy Safer*, di mana pemerintah berupaya menekan AKB dan AKI dengan jalan mendorong masyarakat untuk memeriksakan kehamilannya sebanyak minimum empat kali dan pertolongan kelahiran yang ditangani oleh bidan atau tanaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan. Program MPS tersebut nampaknya tidak berjalan dengan baik, hal ini dapat dilihat dengan belum dilaksanakannya program ini di berbagai daerah (Rachman, 2007:45).

Pertolongan kelahiran menjadi persoalan yang krusial, tidak hanya karena pertolongan kelahiran membantu menekan angka kematian bayi, namun juga dapat menekan angka kematian ibu. Dalam laporan yang dirilis oleh SDKI (dalam Rachman, 2007:42-43), banyak ibu hamil yang memilih untuk melakukan persalinan di rumah dengan bantuan dukun atau pun ke tempat praktik dukun, meskipun mayoritas sudah beralih ke bidan untuk melahirkan, namun dukun sebagai tenaga pembantu persalinan masih banyak dibutuhkan. Data yang dirilis pun menampilkan suatu gambaran baru, yakni mereka yang datang ke dukun dengan prosentasi yang tinggi adalah mereka yang berusia kurang dari dua puluh tahun, dan mereka yang berumur 20-34 tahun cenderung untuk memilih bidan, sedangkan mereka yang berumur 35-49 memilih antara bidan dan dukun bayi dengan perbedaan prosentasi yang tidak terlalu besar (lihat Tabel 5.)

Tabel 5. Tenaga Pertolongan Persalinan dan Usia Ibu Hamil 2002-2003

Umur	Dokter		Perawat/ bidan	Dukun/ lainnya	Keluarga/ lainnya
	Umum	Obgyn			
< 20	1.0	4.5	52.7	40.2	0.8
20-34	0.6	10.9	57.6	28.5	1.3
35-49	1.2	11.6	44.8	39.9	1.6

Sumber: SDKI ([2005] dalam Rachman, 2007: 42)

Menurut data tersebut di atas, dapat diketahui mengenai posisi tenaga kesehatan profesional (dokter dan bidan) dengan tenaga kesehatan non-profesional (dukun). Posisi dukun dalam membantu persalinan juga terkait erat dengan wilayah tempat ibu tersebut. SDKI telah merilis data bahwa para ibu yang ada di wilayah pedesaan cenderung untuk datang ke dukun bayi, meskipun cukup banyak juga yang datang ke bidang (Tabel 7.). Kepada siapa para ibu meminta bantuan persalinan rupanya pun terpengaruh oleh anak keberapa yang dikandungnya. Semakin tinggi kandungan anak, maka ibu tersebut cenderung meminta bantuan kepada tenaga kesehatan non-profesional, atau dalam hal ini dukun bayi (Tabel 6.).

Tabel 6. Tenaga Pertolongan Persalinan dan Kandungan Anak

Kandungan anak ke:	Dokter		Perawat/ bidan	Dukun/ lainnya	Keluarga/ lainnya
	Umum	Obgyn			
1	1.0	13.5	59.7	24.3	0.7
2-3	0.6	10.5	57.4	29.6	1.1
4-5	0.7	4.0	50.4	41.8	1.9
6+	1.1	3.9	31.7	57.5	3.9

Sumber: SDKI ([2005] dalam Rachman, 2007:42)

Tabel 7. Tenaga Pertolongan Persalinan dan Tempat Tinggal Ibu yang Mengandung

Tempat tinggal	Dokter		Perawat/ bidan	Dukun/ lainnya	Keluarga/ lainnya
	Umum	Obgyn			
Perkotaan	0.6	16.6	61.8	19.9	0.5
Pedesaan	0.9	4.6	49.7	41.6	1.9

Sumber: SDKI ([2005] dalam Rachman, 2007:43)

Pertolongan ketika akan bersalin tidak semata persoalan kepada siapa para ibu hamil akan meminta pertolongan, namun juga ditentukan oleh kemampuan ekonomi ibu dan lingkungan sosialnya. Secara umum, sesuai dengan data yang dikeluarkan oleh BPS, dari empat kabupaten di Madura, hanya Sumenep yang memiliki jumlah Seluarga Pra Sejahtera Alasan Ekonomi (K Pra-S ALEK) dan Keluarga Sejahtera 1 Alasan Ekonomi (KS1 ALEK) paling rendah, yakni 29.31%; sedangkan Pamekasan menempati posisi pertama dengan jumlah KP-S ALEK dan KS1 ALEK denga total 78.51% dari total penduduk (Tabel. 8).

Tabel 8. Jumlah Keluarga Pra Sejahtera ALEK dan Keluarga Sejahtera 1 ALEK, Hasil Pemutakhiran Data Tahun 2003

Kabupaten	Jumlah KK	Jumlah Keluarga					
		Pra S ALEK		KS 1 ALEK		PRA S + KS 1	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Bangkalan	209.920	34.204	16,29	31.143	14,84	65.347	31,13
Sampang	215.563	88.313	40,97	36.361	16,87	124.674	57,84
Pamekasan	190.480	61.866	32,48	30.534	16,03	92.400	78,51
Sumenep	322.369	41.823	12,97	52.673	16,34	94.496	29,31

Sumber: Pemerintah Provinsi Jawa Timur – BKKBN (2003)

Ekonomi menjadi faktor pendorong mengapa banyak ibu hamil di Madura lebih memilih untuk mendatangi dukun dan tenaga kesehatan non-

profesional dalam membantu proses persalinan, dan alasan ekonomi pula lah yang mendorong mereka untuk sedapat mungkin menjauhi RSU, selain tentunya RSU hanya terdapat di wilayah pusat kabupaten yang sulit dijangkau oleh mereka yang tinggal di pedesaan. Alasan ekonomi yang menyebabkan banyak para ibu hamil datang ke dukun, tidak hanya karena biaya untuk melahirkan di dukun lebih murah secara biaya, mereka pun tidak direpotkan dalam mendatangi atau mendatangkan dukun ke rumah mereka.

Meskipun demikian, bukan hanya alasan ekonomi yang mendorong para ibu untuk mendatangkan dukun, namun juga oleh lingkungan sosial mereka. Para ibu yang hamil, terutama di wilayah pedesaan di Madura umumnya masuk dalam lingkungan permukiman keluarga batih, atau lebih di kenal dengan *tanean lanjhang*. Salah satu alasan utama mengapa para perempuan tidak melahirkan pada tenaga profesional, di luar faktor ekonomi, adalah ketakutan para suami terhadap tenaga medis profesional atau para dokter yang berjenis kelamin laki-laki. Hal ini tentu saja merupakan keuntungan tersendiri bagi para dukun yang hampir seluruhnya perempuan. Bagi laki-laki Madura, perempuan (istri) adalah 'hak milik' laki-laki (suami) sepenuhnya, dengan demikian, mereka akan merasa tersinggung jika seorang laki-laki, meskipun dia seorang dokter, yang menyentuh istrinya[1]. Persoalan ini menjadi semakin menyudutkan para ibu yang sedang hamil, bahwa mereka tidak diperkenankan ke dokter atau tenaga kesehatan yang profesional dengan jenis kelamin laki-laki, mereka hanya boleh memeriksakan kandungannya dan membantu proses persalinan hanya kepada tenaga kesehatan perempuan.

---

[1] Persoalan ini terletak pada perasaan *todus* dan *malo* yang muncul akibat gangguan terhadap istri. Seorang dokter kandungan laki-laki tidak diperbolehkan untuk menyentuh seorang perempuan karena dua alasan: (1) hal tersebut adalah gangguan terhadap istri, dan (2) si istri bukan lah *mahram* dari dokter itu. Konsep *mahram* diambil dari terminologi agama Islam yang melarang seorang perempuan untuk berdekatan dengan laki-laki yang bukan kerabatnya (*mahram* = orang yang diharamkan untuk dinikahi).

Laki-laki Madura sangat menjunjung tinggi rasa hormat, tidak mengherankan jika muncul kasus-kasus *carok* sebagai 'ganti rugi' atau 'pembayaran' secara sosial untuk mengembalikan harga diri dan menghapus *todhus* dan/atau *malo'* pada seseorang yang membuat diri orang Madura tersebut merasa malu. Jika *todhus* berarti malu dalam pengertian etika, maka *malo* berarti malu dalam kaitannya dengan penghinaan dan harga diri. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Wiyata (2002), terungkap bahwa seringkali, bahkan mayoritas (60,4%) kasus *carok* terjadi karena rasa *malo* yang terkait dengan masalah perempuan, sehingga jika orang lain terkait dengan urusan perempuan, maka hal tersebut dianggap menginjak-injak harga dirinya, dan hanya ada satu jalan dalam memperbaiki harga diri: carok. Tindakan carok yang dilakukan karena motif pelecehan istri tidak hanya mendapatkan izin sosial, tetapi juga dorongan dari lingkungan sekitarnya.

Perempuan menjadi 'milik' si suami sepenuhnya, berada di bawah pengawasannya. Kepemimpinan mutlak ada di tangan suami (laki-laki). Laki-laki lah yang berhak menentukan apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dilakukan oleh perempuan karena perempuan adalah miliknya. Karena perempuan menjadi pusat harga diri laki-laki, maka perempuan menjadi makhluk yang diproteksi, diawasi, dan dimiliki oleh laki-laki. Pengawasan terhadap perempuan dapat terlihat dengan jelas pada pola permukiman *tanean lanjhang* yang merupakan kelompok pemukiman yang dihuni oleh keluarga batih yang isolatif dari kelompok pemukiman lain.

Tentu saja adanya opresi terhadap perempuan semakin menyudutkan perempuan dalam posisi yang tidak menguntungkan, bahkan dalam bidang kesehatan. Kurangnya bidan atau tenaga kesehatan profesional perempuan menjadikan dukun sebagai alternatif utama, terutama bagi ibu hamil yang bermukim di wilayah pedesaan. Persoalan lainnya adalah, kepercayaan terhadap kualitas seorang dukun dibandingkan tenaga medis profesional

diturunkan dari generasi ke generasi melalui proses sosialisasi, dengan demikian, seorang ibu hamil akan lebih memilih seorang dukun bayi ketimbang seorang tenaga medis profesional.

Seringkali, seorang dukun karena bukan tenaga medis profesional menyebabkan terjadinya infeksi ketika proses persalinan dan ketika masa setelah persalinan. Pengobatan medis harus segera diberikan kepada ibu yang mengalami infeksi ketika masa persalinan, dan jika hal ini tidak segera dilakukan maka akan sangat berbahaya bagi kondisi ibu itu sendiri. Hal yang sama juga terjadi pada bayi yang dilahirkan, di mana bayi yang dilahirkan, jika terjadi infeksi dapat menyebabkan kematian. Infeksi ketika masa persalinan dan sesudah persalinan tidak hanya menyebabkan tingginya angka kematian ibu, namun juga angka kematian bayi.

Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Upaya Menekan AKI dan AKB

Sebagaimana telah disebutkan dalam Tabel 8., bahwa sebagian masyarakat Madura berada dalam lingkungan Keluarga Pra Sejahtera dan Keluarga Sejahtera 1 Alasan Ekonomi (ALEK). Tidak mengherankan jika banyak terjadi kasus kehamilan, sedangkan kondisi ibu hamil tidak terlalu baik. Sekurang-kurangnya terdapat dua hal utama yang berkait dengan kesehatan ibu hamil, yaitu: (1) usia kawin, dan (2) kesehatan ibu ketika sedang hamil.

Seakan sudah menjadi suatu tradisi, perempuan Madura, khususnya yang berada di pedesaan menikah pada usia yang sangat muda, bahkan menurut hukum masih dalam kategori anak-anak. Kebiasaan ini pada dasarnya ditunjukkan dengan adanya ikatan pertunangan bagi anak perempuan yang sudah memasuki usia menstruasi atau setelah anak perempuan tersebut sudah mengalami menstruasi yang pertama kali atau menarche. Usia menikah yang terlalu dini memiliki konsekuensi logis, yaitu:

masa subur yang lebih panjang. Dengan masa subur yang lebih panjang, mereka memiliki kesempatan untuk memiliki anak dalam jumlah yang lebih besar, apalagi jika mereka tidak mengikuti program KB. Adanya usia pernikahan yang semakin dini pun tidak dapat dilepaskan dari faktor meningkatnya kesejahteraan selama tiga dekade ini, hal ini terlihat dengan usia menarche sebesar 0.145/dekade (Hendrawati dan Glinka 2003). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hendrawati (1993), angka menarche di Pamekasan adalah 12.62, tentu saja usia menarche ini memiliki beragam variasi, baik berdasarkan tingkat ekonomi, lingkungan, tingkat konsumsi gizi, maupun tingkat pendidikan orang tua perempuan atau ibu.

Analisis demografis yang tertulis dalam situs resmi pemerintah Provinsi Jawa Timur (2004), dikatakan bahwa seorang perempuan memasuki usia subur pada usia 15 tahun dan melampaui batas reproduksi pada usia 49 tahun. Jika seorang perempuan sudah dinikahkan pada usia menarche atau pada usia subur, dapat dipastikan perempuan tersebut memiliki anak dengan jumlah yang cukup banyak, mengingat luasnya rentang waktu reproduksi yang dimiliki. Persoalannya adalah, tidak adanya data resmi mengenai berapa jumlah perempuan yang sudah menikah sebelum 15 tahun, data yang tersedia di Pemerintah Provinsi Jawa Timur, dalam hal ini merupakan data BKKBN, jumlah perempuan yang menikah dalam usia di bawah 20 tahun cukup bervariasi, namun untuk di Madura sendiri, jumlah perempuan yang menikah di bawah 20 tahun terrendah ada di Sampang dan tertinggi di Sumenep (lihat Tabel 9.)

Tabel 9. Jumlah perempuan yang menikah di bawah usia 20 tahun, Tahun 2005

Kabupaten	Jumlah usia kawin pertama
Bangkalan	23.64
Sampang	12.35
Pamekasan	26.62
Sumenep	54.44

Sumber: BKKBN (2005)

Persoalannya menjadi lebih rumit, karena ibu hamil dengan usia di bawah 20 tahun sangat rawan mengalami kekurangan gizi atau lebih dikenal dengan istilah Kekurangan Energi Kronis (KEK), di mana penderita KEK pada remaja di bawah 20 tahun mencapai 37%. Perempuan Madura, karena faktor kemiskinan akhirnya mengalami kekurangan gizi, sebagian besar dari mereka malah mengalami anemia. Dalam cakupan yang lebih luas, ibu hamil yang terkena anemia di tingkat nasional cukup tinggi, yakni mencapai 50,3% dari total kehamilan. Dalam survei yang dilakukan oleh SKRT (Survei Kesehatan Rumah Tangga), diketahui bahwa 52% dari remaja putri mengalami anemia (Rachman, 2007:44). Kekurangan gizi selama masa kehamilan sangat berbahaya, tidak hanya bagi bayi yang berada dalam kandungan, namun juga bagi ibu yang sedang hamil. Persoalan gizi buruk ketika masa kehamilan di Madura sebenarnya adalah masalah yang ‘klasik’. Penyebab utama dari gizi buruk yang ‘menimpa’ ibu hamil di Madura adalah tidak seimbangnya asupan gizi. Para ibu hamil di Madura lebih banyak mengkonsumsi nasi dan sedikit jenis sayuran, dan sangat jarang mengkonsumsi telur dan susu, konsumsi daging pun sangat kurang, barangkali hanya ikan yang mereka konsumsi, itu pun jumlahnya sangat tidak mencukupi.

Tidak hanya kekurangan dalam asupan gizi, mereka pun terbebani dengan berbagai aktivitas rumah tangga, sehingga seringkali mereka merasa lebih cepat lelah, hal ini sebagai 'efek samping' dari anemia yang mereka alami. Anemia tentu saja membawa implikasi yang lebih jauh, tidak hanya menyebabkan mudah lelah, namun juga menyebabkan bayi lahir secara prematur dan bayi lahir dengan berat badan rendah. Perempuan Madura umumnya telah disosialisasikan bahwa apapun kondisi mereka, mereka tidak boleh melepaskan berbagai aktivitas rumah tangga sebagai 'kewajiban' mereka. Mereka pun harus 'mengalah' pada suami dan anak-anak mereka ketika dalam asupan gizi meskipun mereka sedang hamil dan membutuhkan asupan gizi yang cukup. Perempuan Madura memang tidak memiliki posisi tawar yang bagus terhadap laki-laki Madura, baik ketika mereka sehat maupun sakit, baik ketika tidak hamil maupun sedang hamil.

Kesehatan ibu ketika hamil tidak hanya penting bagi bayi yang berada di dalam kandungan, namun juga bagi ibu itu sendiri, baik sebelum proses persalinan maupun sesudah proses persalinan. Salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu di Indonesia adalah karena terjadinya pendarahan dan keterlambatan dalam proses pertolongan dari dokter atau tenaga kesehatan profesional. Pendarahan tidak hanya terjadi dalam proses persalinan, tapi juga terjadi sesudah melahirkan atau *post partum*. Pendarahan yang terjadi ketika masa persalinan dan masa sesudah persalinan dapat terjadi sebagai akibat dari buruknya gizi ibu hamil dan minimnya fasilitas medis yang tersedia ketika masa persalinan, hal ini umumnya terjadi karena persalinan ditolong oleh dukun atau tenaga media non-profesional.

Perempuan Madura, Terpuruk Dalam Kesehatan

Sebagaimana telah diungkapkan sebelumnya, perempuan Madura adalah milik laki-laki sepenuhnya, mereka tidak memiliki posisi tawar

terhadap laki-laki, atau dalam hal ini suami mereka. Mereka ‘harus rela’ untuk tidak mendapatkan perawatan kesehatan ketika mereka sedang hamil, dalam proses persalinan, dan setelah proses persalinan. Posisi laki-laki Madura yang banyak mengatur terhadap perempuan tidak hanya berdampak pada kesehatan perempuan, namun juga memiliki dampak terhadap keselamatan jiwa perempuan dan anak yang sedang dalam kandungannya. Tidak mengherankan jika Madura memiliki angka kematian bayi yang begitu tinggi dan angka harapan hidup bayi yang rendah. Hal ini dikarenakan budaya Madura mempengaruhi berbagai keputusan yang diambil yang terkait dengan kehamilan.

Seorang perempuan, terutama yang tinggal di pedesaan, tidak memiliki banyak pilihan mengenai kesehatan mereka. Mereka tidak dapat mengajukan keberatan ketika hak mereka atas kesehatan yang lebih baik akhirnya harus hilang karena kekhawatiran suami atau ayah bahwa dokter yang memiliki kompetensi ternyata berjenis kelamin laki-laki. Mereka tidak dapat mengajukan keberatan jika ayah atau suami mereka memaksa mereka untuk melahirkan di rumah dan hanya ditolong oleh seorang dukun bayi dengan sarana kesehatan yang sangat minim. Mereka pun tidak dapat mengajukan keberatan ketika terjadi kematian anaknya karena kesalahan dukun dalam membantu proses persalinan, bahkan mereka tidak dapat mengajukan keberatan jika ternyata mereka menjadi korban karena proses persalinan terjadi pendarahan dan infeksi yang menyebabkan kematian mereka.

Tidak hanya secara fisik ketika dalam proses persalinan, mereka juga terbebani oleh tanggungjawab domestik yang menumpuk sehingga mereka terlalu lelah, dan akibatnya hal ini berpengaruh sangat besar terhadap bayi yang sedang dikandungnya. Tugas domestik tidak hanya dibebani ketika masa kehamilan, bahkan setelah melahirkan. Tugas-tugas domestik yang

harus dilakukan oleh seorang perempuan Madura adalah representasi dari lemahnya posisi mereka dalam relasi antara laki-laki dan perempuan. Dalam konteks relasi antara laki-laki dan perempuan, kepemimpinan ada di tangan laki-laki. Melalui kekerabatan, politik ruang dan budaya kekerasan, di mana seluruh isu berputar pada persoalan kepemilikan perempuan oleh laki-laki. Posisi perempuan tertata dalam norma dan pelbagai aturan dan praktik sosial yang berlaku, hal ini terlihat dalam posisi peletakan perempuan dalam rumah dan posisinya adalah sebagai 'makhluk' yang berada dalam pengawasan ketat laki-laki. Di bawah kepemimpinan laki-laki Madura, para perempuan Madura mengalami suatu keterpurukan dalam bidang kesehatan, yang pada gilirannya justru mengantarkan mereka dan anak-anak yang sedang mereka kandung pada posisi yang sangat tragis, yakni posisi yang menjadikan nyawa sebagai taruhannya.

Kepustakaan

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
2005 "Usia Kawin Pertama" dalam *http://www.bkkbn.go.id/jatim/news_detail.php?nid=15*

Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur
2007a "Angka Kematian Bayi dan Angka Harapan Hidup" dalam *http://jatim-dev.bps.go.id//index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=37*

2007b "Banyaknya Rumah Sakit Umum, Puskesmas dan Puskesmas Pembantu Tahun 2002-2003" dalam *http://jatim-dev.bps.go.id//index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=38*

2007c "Banyaknya Puskesmas Keliling, Posyandu dan Pondok Bersalin Tahun 2002-2003" dalam *http://jatim-dev.bps.go.id//index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=38*

Hendrawati, Lucy Dyah

1993 *Umur Menarche Pelajar Putri Berdasarkan Tempat Tinggal*. Skripsi Sarjana Tidak Dipublikasikan. Surabaya: Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Universitas Airlangga

Hendrawati, L.D. dan J. Glinka
2003 "Age at Menarche in Indonesia" dalam *Jurnal Folia Medica Indonesiana* 39 (1). Hlm. 18-21.

de Jonge, Huub
1989 *Madura Dalam Empat Zaman: Pedagang, Perkembangan Ekonomi dan Islam*. Jakarta: Gramedia

Pemerintah Provinsi Jawa Timur
2004 "Analisis Demografi Jawa Timur" dalam *http://www.jatim.go.id/emap/analisis_demografi.php*

Pemerintah Provinsi Jawa Timur – BKKBN
2007 "Jumlah Pasangan Usia Subur, Peserta KB dan Bukan Peserta Tahun 2005" dalam *http://www.jatim.go.id/bankdata/jumlah%20pasangan%20usia%20subur,peserta%20kb%20dan%20bukan%20peserta%20kb-bkkbn-2005.pdf*

Rachman, Anita
2007 "AKI Yang Tak Pernah Mau Turun" dalam *Jurnal Perempuan, Kesehatan Reproduksi, Andai Perempuan Bisa Memilih* (53). Hlm. 39-51

Wiyata, Latif
2002 *Carok: Konflik Kekerasan dan Harga Diri Orang Madura*. Yogyakarta: LKiS